

Study of Work-Related Quality of Life of Nurses in Ardabil Province Hospitals

Mohammadi MA¹, Mozaffari N¹, Dadkhah B¹, Etebari Asl F¹, Etebari Asl Z^{*2}

1. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

2. Department of Operating Room, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989104070767, E-mail: etebariz@yahoo.com

Received: Mar 18, 2017

Accepted: Aug 23, 2017

ABSTRACT

Background and aim: Quality of work life is one of the most important factors that empowers human resources in healthcare system. It also improves employee's job satisfaction. Because nursing is an important component of health care systems of a country, this survey carried out to determine the work-related quality of life of nurses in Ardabil province hospitals.

Methods: This was a descriptive cross-sectional study which was performed by census sampling method on all nursing staff working in hospitals in Ardabil province. 812 nurses returned questionnaires. Data collection was done by a two-part questionnaire, consisted of demographic and quality of work life questionnaire. Data were analyzed using SPSS v15 and descriptive and analytical statistical methods.

Results: In this study, quality of work life of nurses was moderate (83.7%) and only 4.9% of them had a good quality of work life. There was a statistically significant correlation between quality of work life and employment status, shift work, hospital work and satisfaction with field of study ($p < 0.0001$).

Conclusion: According to the results of the study, the awareness of managers and planners from the quality of work life of nurses and the implementation of principled measures to improve it is necessary to provide the necessary conditions for improving the quality of nursing services.

Keywords: Quality of Work Life, Nurse, Hospital.

بررسی کیفیت زندگی کاری پرستاران شاغل در بیمارستان‌های استان اردبیل

محمدعلی محمدی^۱؛ ناصر مظفری^۱؛ بهروز دادخواه^۱؛ فرزانه اعتباری اصل^۱؛ زهرا اعتباری اصل^۲*

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

۲. گروه اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۰۴۰۷۰۷۶۷ ایمیل: etebariz@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت بالای زندگی کاری از عوامل اساسی توانمندسازی منابع انسانی مورد نیاز سیستم مراقبت بهداشتی شناخته شده است و بهبود رضایت شغلی کارکنان را نیز به دنبال دارد. از آنجا که پرستاران جزء بسیار مهم سیستم مراقبت درمانی کشور محسوب می‌شوند، لذا این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی کاری پرستاران استان اردبیل انجام گرفت. **روش کار:** این پژوهش، یک مطالعه توصیفی-مقطعی بود که به روش سرشماری روی تمامی پرسنل پرستاری شاغل در بیمارستان‌های استان اردبیل انجام گرفت. در کل ۸۱۲ نفر از آن‌ها پرسشنامه را عودت دادند. جمع‌آوری داده‌ها با روش خودگزارشی و با استفاده از پرسشنامه دو قسمتی ویژگی‌های دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی کاری والتون صورت گرفت. داده‌ها پس از ورود به نرم‌افزار SPSS-15 با استفاده از آمار توصیفی و آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون و مجذور کای، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: سطح کیفیت زندگی کاری پرستاران مورد مطالعه در حد متوسط بود (۸۳/۷٪) و تنها ۴/۹ درصد آن‌ها کیفیت زندگی کاری خود را مطلوب گزارش نمودند. همچنین همبستگی معناداری بین کیفیت زندگی کاری و وضعیت استخدامی، نوبت کاری، بیمارستان محل کار و رضایت از رشته تحصیلی افراد مشاهده شد ($p < 0.001$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج این مطالعه آگاهی مدیران و برنامه‌ریزان از سطح کیفیت زندگی کاری پرستاران و انجام اقدامات اصولی جهت ارتقاء سطح کیفیت زندگی کاری امری ضروری است تا شرایط لازم جهت بهبود کیفیت ارائه خدمات پرستاران را فراهم سازند.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی کاری، پرستار، بیمارستان

پذیرش: ۹۶/۶/۱

دریافت: ۹۵/۱۲/۲۸

مقدمه

کیفیت زندگی کاری^۱ یکی از متغیرهایی است که اخیراً به لحاظ اهمیت، مورد توجه بسیاری از مدیرانی که در صدد ارتقای کیفیت منابع انسانی خود هستند قرار گرفته است (۱). چنین توجهی بازتاب اهمیتی است که همگان برای کیفیت زندگی کاری قائل هستند (۲). مفهوم کیفیت زندگی کاری در سازمان‌ها با افزایش

شان و منزلت کارکنان، اعتماد، درگیری در مسائل سازمان و توانایی حل مسئله کارکنان و در نتیجه رضایت و اثربخشی سازمان در ارتباط می‌باشد (۳). همچنین مطالعات انجام شده نشان می‌دهند کیفیت زندگی کاری افراد نه تنها با شرایط کاری و رضایت شغلی آن‌ها در ارتباط است بلکه از زندگی شخصی آن‌ها نیز تاثیر می‌پذیرد (۴). کیفیت زندگی کاری را می‌توان از دو دید عینی و ذهنی تعریف نمود. تعریف عینی عبارت است از مجموعه‌ای از شرایط واقعی کار

¹ Quality of Work Life (QWL)

در یک سازمان مانند حقوق و مزایا، امکانات رفاهی، بهداشت و ایمنی، مشارکت در تصمیم‌گیری، دموکراسی، سرپرستی، و تنوع و غنی بودن مشاغل و تعریف ذهنی شامل تصور فرد و طرز تلقی او از کیفیت زندگی کاری به طور اخص. بر این اساس، کیفیت زندگی کاری برای هر فرد و یا گروهی از افراد با فرهنگ و طرز تلقی مشابه، ویژگی خاص خود را دارد (۵). بنابراین همانطور که پیدا است شاخص‌های اندازه‌گیری کیفیت زندگی در هر جامعه یا هر منطقه از یک کشور (به ویژه مناطق مختلف کشور خودمان که دارای خرده فرهنگ‌های گوناگون درباره زندگی و کار است)، متفاوت می‌باشد (۶). از طرفی، افزایش کیفیت زندگی کاری کارکنان، به ویژه در مورد مشاغلی مانند پرستاری که با انسان‌ها در تماس هستند مهم است و بر ابعاد مختلف کار تأثیر می‌گذارد (۷). مطالعات انجام گرفته در این زمینه نشان می‌دهند که در سیستم‌های مراقبتی بهداشتی، کیفیت زندگی کاری مطلوب نه تنها رضایت کارکنان را در پی دارد، بلکه از عوامل مهم جهت اطمینان از پایداری سیستم بهداشتی است (۸). برعکس، هرچه کیفیت زندگی کاری در پرستاران پایین باشد، احتمال انصراف آن‌ها از شغلشان نیز افزایش خواهد یافت (۹). بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی کاری پرستاران بیانگر توانمندی‌های بالقوه آنان در ارائه خدمت به افراد جامعه بوده و می‌تواند در کلیه سطوح بر کیفیت مراقبت پرستاری تأثیر گذارد (۱۰). با آن که پرستاران، نماینده بزرگترین گروه کاری در بیمارستان و تسهیل‌کنندگان مراقبت بیمارستانی هستند، مطالعات اندکی به ماهیت کار پرستاری و کیفیت زندگی کاری پرستاران پرداخته‌اند (۹). یکی از این مطالعات بیانگر آن است که تنها ۱/۵ درصد از پرستاران از کیفیت کاری خود رضایت دارند (۷). مطالعه انجام شده در فرانسه نیز حاکی از آن است که کیفیت زندگی کاری پرستاران می‌تواند تحت تأثیر رفتارهای مدیریتی قرار گیرد؛ به طوری که طبق

یافته‌های این مطالعه شیوه رهبری مدیران پرستاری ارتباط مثبت و معناداری با کیفیت زندگی کاری پرستاران دارد (۱۱). نتایج پژوهش انجام شده در تهران نیز نشان می‌دهد که دو سوم پرستاران از کیفیت زندگی کاری خود رضایت نداشته و از بیشتر جنبه‌های زندگی کاری خود ناراضی هستند (۱۲).

در سازمان‌هایی چون بیمارستان که بزرگ‌ترین بخش کارکنان را پرستاران تشکیل می‌دهند (۱۳)، توجه مدیران به متغیرهای کیفیت زندگی کاری می‌تواند محیط کاری منعطف‌تری را تسهیل نماید که نه تنها نیازهای اساسی پرسنل، بلکه نیازهای سطح بالاتر، رشد مداوم و عملکرد پیشرفته را نیز در برمی‌گیرد (۱۴). ضمناً کیفیت زندگی کاری می‌تواند سلامت جسمی و روانی پرستاران را تحت تأثیر قرار داده (۱۰) و بر میزان اضطراب آنان نیز تأثیر بگذارد (۱۵). با توجه به اینکه عوامل بسیاری روی کیفیت زندگی کاری پرستاران تأثیر گذاشته و مدیران بیمارستانی نیز از اثرات زیان‌بار برخی از این عوامل آگاه هستند (۱۶) و نیز با عنایت به رابطه مثبت و معنی‌داری که کیفیت زندگی با عملکرد فرد دارد، بنابراین می‌توان با تغییر و دستکاری مولفه‌های آن، عملکرد را بهبود بخشید و در جهت رشد کیفیت مراقبت گام برداشت. از آنجایی که مطالعات انجام شده در کشور بیانگر نامطلوب بودن کیفیت زندگی کاری پرستاران بوده و در استان اردبیل مطالعه ای در این زمینه وجود ندارد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی کاری پرستاران استان اردبیل انجام شد.

روش کار

این مطالعه یک پژوهش توصیفی-مقطعی بود که در سال ۱۳۹۲ انجام شد. جمعیت مورد مطالعه شامل پرستاران شاغل در بیمارستان‌های استان اردبیل بودند که در بخش‌های عمومی و تخصصی و در نوبت‌های کاری صبح و عصر و شب یا در گردش

مشغول انجام وظیفه بودند. در این مطالعه تعداد ۱۲۲۰ نفر از کارکنان پرستاری با مدرک تحصیلی کاردانی، کارشناسی و کارشناسی ارشد که دارای حداقل یک سال سابقه کار در بیمارستان بودند مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار مطالعه شامل پرسشنامه مشخصات فردی و شغلی و پرسشنامه کیفیت زندگی کاری والتون^۱ بود. این پرسشنامه به منظور ادراک کارکنان از بهداشت فیزیکی و روانی خود در محیط کار در سال ۱۹۷۳ تدوین شده است (۱۷). پرسشنامه اطلاعات فردی (شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت سکونت، وضعیت استخدامی، مدرک تحصیلی، گذراندن دوره آموزشی خاص، داشتن شغل دوم، سمت اجرایی، داشتن اضافه کاری، مراقبت از بیماری‌های خاص در منزل، نوبت کاری و محل خدمت) و پرسشنامه کیفیت زندگی کاری والتون مشتمل بر ۲۶ سوال بود که بر مبنای طیف پنج درجه‌ای لیکرت (خیلی کم، کم، متوسط، زیاد، خیلی زیاد) نمره‌گذاری و در سه سطح پایین (نمرات ۲۴ الی ۵۶)، متوسط (۵۷ الی ۸۵) و بالا (۸۹ تا ۱۲۰) تقسیم بندی گردیده است و محدوده نمرات قابل کسب در این پرسشنامه ۲۴ تا ۱۳۰ است (۱۸). این پرسشنامه دارای ۸ حیطه شامل پرداخت منصفانه و کافی (سوالات ۱ تا ۳)، یکپارچگی و انسجام اجتماعی (سوالات ۴ تا ۶)، محیط کاری ایمن و بهداشتی (سوالات ۷ تا ۹)، تامین فرصت رشد و امنیت مداوم (سوالات ۱۰ تا ۱۲)، قانون‌گرایی در سازمان (سوالات ۱۳ تا ۱۵)، فضای کلی زندگی (سوالات ۱۶ تا ۱۸)، توسعه قابلیت‌های انسانی (سوالات ۱۹ تا ۲۳) و وابستگی اجتماعی زندگی کاری (سوالات ۲۴ تا ۲۶)

^۱ Walton

می‌باشد (۱۹). در مطالعه حاضر، اعتبار صوری و محتوایی این مقیاس با استفاده از نظرات پرستاران و اعضای هیئت علمی مورد تایید قرار گرفت (شاخص اعتبار محتوا در محدوده ۰/۸۵ تا ۰/۹). پایایی ابزار نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ گزارش گردید.

همه‌نگی و اخذ مجوز از سوی مسئولان، اخذ رضایت آگاهانه از واحدهای مورد پژوهش، توجیه در مورد اهداف پژوهش، رعایت اصل رازداری در انتشار اطلاعات و محرمانه نگه داشتن آنها، آزادی واحدهای مورد پژوهش در ترک مطالعه از جمله اصول اخلاقی بودند که در این پژوهش رعایت شدند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-15، آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (کای دو، آنوا و تی تست) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

تعداد ۱۲۲۰ پرسشنامه جهت تکمیل در اختیار پرستاران استان قرار گرفت که از این تعداد ۸۱۲ پرسشنامه جمع‌آوری شد. میزان پاسخدهی ۶۲/۴۶ درصد بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ۳۰/۰۷±۵/۸۴ با محدوده سنی ۲۳ الی ۵۰ بود. نتایج نشان داد که اکثریت پرستاران مورد مطالعه (۷۷٪) دارای سطح تحصیلات کارشناسی و بیشتر آنها (۸۰/۶٪) دارای پست سازمانی پرستار بودند و ۹۰ درصد آنان شغل دوم نداشتند. ۸۱/۹ درصد از پرستاران سمت اجرایی داشتند و بقیه (۱۸/۱٪) فاقد سمت اجرایی در بیمارستان بودند. بعضی از مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک پرستاران شاغل در استان اردبیل

متغیرهای دموگرافیک	تعداد	درصد
جنس	مرد	۱۵۲
	زن	۸۱/۳
وضعیت تاهل	مجرد	۲۵/۸
	متاهل	۷۳/۳
	مطلقه	۰/۹
وضعیت استخدام	رسمی	۳۱/۵
	پیمانی	۳۸/۴
	قراردادی	۱۸
	طرحی	۱۲/۱
محل سکونت	منزل شخصی	۴۸/۳
	منزل استیجاری	۲۴/۷
	خانه پدری	۲۵/۳
	خوابگاه	۱/۶
شیفت کاری	شیفت در گردش	۷۷/۶
	صبح ثابت	۱۹/۸
	عصر ثابت	۰/۹
	شب ثابت	۱/۶
نوع بیمارستان	دولتی	۸۳/۶
	خصوصی	۱۴/۳
	تامین اجتماعی	۲
گذراندن دوره‌های آموزشی	بله	۵۶/۸
	خیر	۴۲/۲
داشتن اضافه کاری	بله	۶۶/۵
	خیر	۳۳/۵
مراقبت از بیماران خاص در منزل	بله	۷۸/۵
	خیر	۲۱/۵

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمرات کلی کیفیت زندگی کاری پرستاران $3/78 \pm 0/62$ بوده و اکثر پرستاران ($83/7\%$) از کیفیت زندگی کاری متوسطی برخوردار بودند (جدول ۲).

جدول ۲. توزیع فراوانی کیفیت زندگی کاری پرستاران شاغل در استان اردبیل

کیفیت زندگی کاری	تعداد	درصد
ضعیف	۹۴	۱۱/۴
متوسط	۶۷۹	۸۳/۷
خوب	۳۹	۴/۹
جمع	۸۱۲	۱۰۰

در خصوص ابعاد کیفیت زندگی، یافته‌های مطالعه نشان داد که ۴۰ درصد پرستاران از برنامه کاری خود اظهار نارضایتی می‌کردند و ۳۹/۳ درصد آن‌ها از پرداخت منصفانه دستمزدها در بیمارستان اصلاً رضایت نداشتند. فقط ۳۴/۸ درصد آن‌ها محیط کاری خود را ایمن دانسته و ۳/۳ درصد آن‌ها بیان داشتند که در محیط کاری فرصت رشد و امنیت مداوم وجود دارد. ۲۳/۷ درصد آن‌ها معتقد بودند در سازمان‌های کاری آن‌ها، قانون گرایی وجود ندارد و ۴۵/۲ درصد پرستاران فضای کلی زندگی خود را ضعیف گزارش کردند.

جدول شماره ۳ میانگین امتیاز ابعاد کیفیت زندگی پرستاران را نشان می دهد. پرداخت منصفانه و کافی حداقل امتیاز ($3/14 \pm 0/59$) را در بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی کاری دارد.

جدول ۳. میانگین امتیاز ابعاد کیفیت زندگی کاری پرستاران شاغل در بیمارستان های استان اردبیل

ابعاد کیفیت زندگی کاری	میانگین و انحراف معیار
پرداخت منصفانه و کافی	$3/14 \pm 0/59$
قانون گرایی در سازمان	$3/16 \pm 0/65$
تامین فرصت رشد و امنیت مداوم	$3/43 \pm 0/49$
محیط کاری ایمن و بهداشتی	$3/82 \pm 0/82$
وابستگی اجتماعی زندگی کاری	$3/91 \pm 0/71$
یکپارچگی و انسجام اجتماعی	$3/97 \pm 0/65$
فضای کلی زندگی کاری	$4/41 \pm 0/53$
توسعه قابلیت های انسانی	$4/42 \pm 0/52$

یافته های مطالعه در خصوص ارتباط بین مشخصات فردی - اجتماعی و شغلی پرستاران با کیفیت زندگی کاری آنها نشان داد که با افزایش سن، کیفیت زندگی کاری متوسط پرستاران افزایش یافته و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($p < 0/001$). همچنین با افزایش ساعات اضافه کاری، میزان کیفیت زندگی کاری خوب، کاهش و کیفیت زندگی کاری متوسط، افزایش می یافت که آزمون کای-دو این تفاوت را معنی دار نشان داد ($p < 0/001$).

بر اساس نتایج مطالعه، کیفیت زندگی کاری متوسط در پرستاران شاغل در بیمارستان های دولتی $84/4$ درصد، در بیمارستان های خصوصی $93/8$ درصد و در بیمارستان های تامین اجتماعی $81/3$ درصد بود که تفاوت بین آنها از نظر آماری معنی دار بود ($p < 0/001$). بین وضعیت استخدامی و کیفیت زندگی کاری نیز رابطه معنی داری دیده شد ($p < 0/001$). کیفیت زندگی کاری خوب و متوسط در افراد مجرد ($7/9$ ؛ $83/9$ ٪) و مطلقه ($3/14$ ٪) $85/7$ ٪ بیشتر از متاهلین ($3/7$ ؛ $83/2$ ٪) بود و این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار بود ($p < 0/001$). نتایج نشان داد کیفیت زندگی کاری در پرستاران

عصر کار خوب ($42/9$ ٪) و در پرستاران سایر شیفت های کاری متوسط بود و این اختلاف از لحاظ آماری نیز معنی دار بود ($p < 0/001$). در عین حال، نتایج مطالعه نشان داد بین جنسیت پرستاران، وضعیت سکونت و مدرک تحصیلی آنها با کیفیت زندگی کاری و نیز بین کیفیت زندگی کاری پرستاران با گذراندن دوره بازآموزی، داشتن شغل دوم و مراقبت از فرد دارای بیماری خاص در خانواده، اختلاف معنی دار وجود نداشت ($p < 0/05$).

بحث

سطوح بالای کیفیت زندگی کاری برای حفظ کارکنان در سازمان ها ضروری بوده و انعکاسی از روابط موجود بین کارکنان و محیط کاری آنان است (۲۰). این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی کاری پرستاران شاغل در بیمارستان های استان اردبیل به انجام رسید. یافته ها نشان داد که میانگین کلی و انحراف معیار کیفیت زندگی کاری پرستاران $3/78 \pm 0/62$ بود و اکثریت آنها از کیفیت زندگی کاری متوسطی برخوردارند. این یافته با مطالعه مقرب و همکاران در بیرجند (۱۰)، شعبانی نژاد در تهران (۴) و مرادی و همکاران (۲۱) همخوانی دارد. در مطالعه دهقان نیری و همکاران نیز کیفیت زندگی کاری در میان پرستاران در سطح متوسط تا پایین ($4/61$ ٪) گزارش شده و فقط $3/6$ درصد آنها از شغل خود احساس رضایت کرده اند (۲۲) که تا حدودی با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه صابر و همکاران نیز میزان کیفیت زندگی پرستاران در سطح متوسط گزارش شد (۲۳).

نتایج این مطالعه با نتایج پژوهش آسایش و همکاران در بیمارستان های دانشگاه گرگان مشابهت نداشت چرا که یافته های پژوهش آسایش نشان داد که کیفیت زندگی کاری اکثریت پرستاران ($3/61$ ٪) بالاتر از حد متوسط و در حد مطلوبی است (۱). در مقابل، نتایج پژوهش المالکی در عربستان نشان داد که

اکثریت پرستاران دارای کیفیت زندگی کاری پایینی بودند (۲۴). شاید علت تفاوت یافته‌های این مطالعات با یافته‌های پژوهش حاضر، ریشه در طرح پژوهشی مورد استفاده داشته باشد؛ چرا که در هریک از این مطالعات جامعه آماری و ابزارهای به کار گرفته شده و نحوه نمره‌دهی آنها متفاوت می‌باشد.

مطالعه حاضر نشان داد تنها عده خیلی از پرستاران سطح کیفیت زندگی کاری خود را در حد مطلوب برآورد نموده‌اند. صالحی و همکاران نیز در مطالعه خود گزارش کردند که ۵۰ درصد پرستاران از کیفیت زندگی کاری ناراضی و تنها ۱/۰ درصد راضی بودند (۲۵). در مطالعه مرادی و همکاران نیز ۶۰ درصد پرستاران از کیفیت زندگی کاری متوسط، ۳۷/۱ درصد پایین و تنها ۲ درصد از کیفیت زندگی کاری مطلوبی برخوردار بودند (۲۱). در مطالعه محمدی و همکاران نیز بررسی کیفیت زندگی کاری پرستاران بر حسب ابعاد هشت گانه نشان داد که ۵۲/۳ پرستاران از نظر پرداخت منصفانه و کافی در سطح پایین و در سایر ابعاد در سطح متوسطی قرار دارند (۱۳).

البته با وجود استاندارد بودن ابزار مورد استفاده در این مطالعه، به دلیل وجود ابزارهای استاندارد دیگر برای کیفیت زندگی کاری و وفور استفاده از آن‌ها، شاید بتوان علت تفاوت در یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات قبلی را به تفاوت در واحدهای مورد مطالعه و ابزارهای بکار گرفته شده نسبت داد. بر طبق نتایج مطالعه حاضر، بین کیفیت زندگی کاری پرستاران با داشتن مسئولیت اجرایی ارتباط معنی‌داری وجود داشت که با نتایج مطالعه روستایی و همکاران همخوانی دارد (۲۶). درگاهی نیز در مطالعه خود می‌نویسد کارکنانی که درآمد بیشتری داشته و دارای مسئولیت اجرایی هستند، در مقایسه با کارکنانی که درآمد کمتری داشته و فاقد مسئولیت اجرایی می‌باشند، خود را موفق و دارای آینده شغلی

بهتری پنداشته و در نتیجه علاقمندی و رضایت کاری بیشتری را نشان می‌دهند (۱۲).

بر طبق نتایج پژوهش حاضر، کیفیت زندگی کاری پرستاران عصر ثابت بهتر بود. این در حالی است که در مطالعه آسایش و همکاران، ارتباط آماری معناداری بین کیفیت زندگی کاری با شیفت کاری پرستاران یافت نشد (۱). نتایج مطالعه‌ای در بنگلادش نشان داد پرستارانی که در شیفت عصر و صبح کار می‌کنند، کیفیت زندگی کاری بالاتری نسبت به پرستاران شیفت شب و عصر شب دارند (۲۷). نتایج مطالعات صورت گرفته نیز به این نکته اشاره دارند که شیفت‌های نامنظم و ساعات زیاد شیفت شب روی عملکرد و کارایی پرستاران تاثیر منفی داشته و از عوامل مهم بروز افسردگی در پرستاران می‌باشند (۲۸).

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، استفاده از پرسشنامه برای گردآوری اطلاعات بود که علی‌رغم توضیحات داده شده در مورد اهداف پژوهش قبل از ارائه پرسشنامه‌ها، باز حالات روحی پرستاران می‌توانست بر نحوه پاسخدهی آن‌ها تاثیر گذار باشد. همچنین، تفاوت‌های فردی واحدهای مورد پژوهش نیز می‌تواند بر درک آن‌ها از کیفیت زندگی کاری موثر باشد که این مورد نیز خارج از کنترل پژوهشگر بود. بدین منظور پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از روش‌های دقیق‌تری مانند مصاحبه برای بررسی کیفیت زندگی کاری پرستاران استفاده شود.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کیفیت زندگی کاری پرستاران بیمارستان‌های استان اردبیل اگرچه نامطلوب نمی‌باشد، ولی در شرایط ایده‌ال و مطلوب خود نیز قرار ندارد؛ بنابراین لازم است که مدیران بیمارستانی با آگاهی از شرایط موجود، از طریق توجه بیشتر بر کیفیت زندگی کاری کارکنان و اهتمام به ارتقای سطح آن، زمینه را برای نیل به شرایط

تشکر و قدردانی

نتایج این پژوهش از طرح تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل استخراج شده بدینوسیله از مساعدت و همکاری تمامی مسئولین دانشگاه و پرستاران بیمارستان‌های استان اردبیل که محققین را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

مطلوب مهیا سازند و کارکنان خود را در سازمان، کارآمدتر و اثربخش‌تر نمایند. بدیهی است که دستیابی به این مهم جز از طریق بکار گرفتن استراتژی‌هایی که شرایط کیفیت زندگی کاری را در سازمان مراقبت بهداشتی درمانی ارتقاء می‌دهد، ممکن نخواهد بود.

References

- 1- Hesam M, Asayesh H, Roohi G, Shariati A, Nasiry H. Assessing the relationship between nurses' quality of work life and their intention to leave the nursing profession. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2012;1(3):28-36 [persian].
- 2- Choobineh A, Daneshmandi H, Parand M, Ghobadi R, Haghayegh A, Zare F. The Survey of quality of work life and determination of its related factors in shiraz university of medical sciences staff. *Journal of Ergonomics*. 2013;1(2):56-62 [persian].
- 3- Naeimi G, Nazari AM, Sanai ZB. A study of relationship between quality of work life and work-family conflict with job performance among married men employee. *Quarterly Journal of Career and Organizational Counseling*. 2012;4(1):57-72 [persian].
- 4- Arab M, Shabaninejad H, Rashidian A, Rahimi A, Purketabi K. A survey on working life quality of specialists working in affiliated hospitals of TUMS. *Journal of Hospital*. 2013;11(4):19-24. [persian]
- 5- Taghavi S. Quality of work life and its influence on performance in the viewpoint of nurses. *Iran Journal of Nursing Midwifery Research*. 2005;2(6):19-26 [persian].
- 6- Taherian M, Kamran F, Kaffashi M. Influence of the quality of work life on the social investment of the Raja company staff. *Social Investigation Journal*. 2012;4(13):59-80 [persian].
- 7- Habibzadeh H, Ghorbanzadeh K, Khalkhali HR, Mohammadpor Y. Investigation of the relationship between quality of work life and clinical competence in nurses. *Uromia Nursing and Midwifery Faculty Journal*. 2012;10(3):332-9 [persian].
- 8- Goudarzand-Chegin M, Mirdoozandeh SG. Relationship between quality of work-life and job satisfaction of the employees in public hospitals in Rasht. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2012;14(2):108-11 [persian].
- 9- Almalki MJ, FitzGerald G, Clark M. The relationship between quality of work life and turnover intention of primary health care nurses in Saudi Arabia. *BMC Health Services Research*. 2012;12(1):314.
- 10- Reyasi H. Work life quality of nurses working in educational hospitals affiliated to Birjand University of Medical Sciences, 2012. *Modern Care Journal*. 2013;10(1):84-90 [persian].
- 11- Gillet N, Fouquereau E, Bonnaud-Antignac A, Mokoukolo R, Colombat P. The mediating role of organizational justice in the relationship between transformational leadership and nurses' quality of work life: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2013;50(10):1359-67.
- 12- Dargahi H, Gharib M, Goudarzi M. Investigation of the quality of work life in nurses of the hospitals in Tehran University of Medical Sciences. *Hayat Journal*. 2008;13(2):13-21 [persian].
- 13- Mohammadi A, Sarhanggi F, Ebadi A, Daneshmandi M, Reisisfar A, Amiri F. Relationship between psychological problems and quality of work life of Intensive Care Unit Nurses. *Journal of Critical Care Nursing*. 2011;4(3):135-40.
- 14- Hood JN, Smith HL. Quality of work life in home care: The contribution of leaders' personal concern for staff. *Journal of Nursing Administration*. 1994;24(1):40-7.

- 15- Vafae najar A, Houshmand E, Yousefi M, H E, Ashrafnezhad F. Obvious and hidden anxiety and quality of working life among nurses in educational hospitals. *Payesh Journal*. 2015;5(1):565-76. [persian]
- 16- Knox S, Irving JA. An interactive quality of work life model applied to organizational transition. *Journal of Nursing Administration*. 1997;27(1):39-47.
- 17- Imani B, Karampourian A, Mohammadi N. Association between quality of work life and occupation stresses in personnel of social security organization in Hamadan province. *Journal of Medical Research*. 2014;3(4):42-5 [persian].
- 18- Khaghanizadeh M, Ebadi A, Rahmani M. The study of relationship between job stress and quality of work life of nurses in military hospitals. *Journal of Military Medicine*. 2008;10(3):175-84 [persian].
- 19- Vahidi Roodpishi M, Poor Naserani S, Hashemi Z, Mohammadi Choolabi M, Noghreh Chafi M, Aghajan-Khah Sh. The impact of employee quality of work life on customer relationship management. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*. 2013;4(11):730-7.
- 20- Saroyi seydi M. Relationship between spiritual intelligence with quality of working life and resiliency in Azad University of Shiraz staff. MSc Thesis. Faculty of educative sciences and psychology, Marvdasht, 2012.
- 21- Moradi T, Maghaminejad F, Azizi-Fini I. Quality of working life of nurses and its related factors. *Nursing and midwifery studies*. 2014;3(2):1-6.
- 22- Dehghan Nayeri N, Salehi T, Ali Asadi Noghabi A. Quality of work life and productivity among Iranian nurses. *Contemporary nurse*. 2011;39(1):106-18.
- 23- Saber S, Borhani F, Navidian A, Ramezani T, Rezvani Amin M, Kianain T. The relationship between productivity and quality of working life in nurses of Kerman University of Sciences Hospitals in 2012. *Bioethics Journal*. 2012;3(9):143-66 [persian].
- 24- Almalki MJ, FitzGerald G, Clark M. Quality of work life among primary health care nurses in the Jazan region, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Human resources for health*. 2012;10(1):1-13.
- 25- Dehghannyeri N, Salehi T, Asadinoghabi A. Assessing the quality of work life, productivity of nurses and their relationship. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2008;3(9):27-37 [persian].
- 26- Roustaei N, Jamali J, Zare N, Ayatollahi SMT, Hosseini Teshnizi S. Evaluation of the relationship between the dimensions of the nurses' quality of working life and social desirability in Fars province, Iran. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2016;23(2):217-27. [persian]
- 27- Uddin MT. A study on the quality of nurses of nurses government hospital in Bangladesh. *Proceedings of the Pakistan Academy of Sciences*. 2006;43(2):121-9.
- 28- Kassani A, Niazi M, Menati R, Alimohamadi Y, Menati W. Relationship between nurses' depression and quality of life: applying path analysis model. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2014;3(2):61-9 [persian].